ÅTERFÖRSÄLJARANSÖKAN

Terapeut ○ Butik ○

Datum	Företagsnamn	Klinik- eller butiksnamn
Kontaktperson 1	Kontaktpersonens e-mailadress	
Kontaktperson 2	Kontaktpersonens e-mailadress	
Besöksadress		
Leveransadress		
Box	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Faxnummer	Mobiltelefonnummer
Organisationsnummer		
Utbildning för denna verksamhet		
Terapiform / sysselsättning / arbetsuppgift		
Uppskattat antal klienter per vecka st		
Antal år som terapuet år		
Uppskattat inköp (kr) av kosttillskott per månad kr		

Töm! Skicka! Skriv ut!